

ព័ត៌មានអំពី ម្ចាស់បង្កើត

ឈ្មោះក្មេង :	លេខកូដ :
ឈ្មោះអ្នកកាន់កិច្ច :	ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ :

ការណែនាំចំពោះការបំពេញ :

- សរសេរឱ្យបានច្បាស់ - ប្រើប្រាស់ទឹកខ្មៅ
- សូមបំពេញគ្រប់ចំនុចទាំងអស់ ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនដឹងចម្លើយលើចំនុចណាមួយ សូមបញ្ជាក់ "មិនដឹង" ។
- បែបបទ AD ៦៧ ចែកចេញជាពីរផ្នែកផ្សេងគ្នា ។ ជំពូកទី ១ មានព័ត៌មាន "ដែលអាចសម្គាល់បាន" ហើយវានឹងត្រូវទុកជាការសម្ងាត់ ។ ព័ត៌មាននេះនឹងមិនប្រគល់ទៅឱ្យកូនចិញ្ចឹមរបស់អ្នក ឬ ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមរបស់កូននោះឡើយ លុះត្រាតែអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតជាលាយលក្ខណ៍អក្សរ ឱ្យយើងធ្វើដូច្នោះ ។ ជំពូកទី ២ មានព័ត៌មាន "ដែលមិនអាចសម្គាល់បាន" ។ ច្បាប់យកកូនចិញ្ចឹមនៅរដ្ឋ កាលីហ្វ័រញ៉ាទាមទារឱ្យប្រគល់នូវឯកសារ ចំលងនៃផ្នែកទីពីរដែលជាព័ត៌មានសុខភាព សុខភាពផ្លូវចិត្ត និង ព័ត៌មានសង្គម ជូនទៅឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមមុនពេលបញ្ចប់ការចិញ្ចឹម និង តាម សំណើជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពីកូនចិញ្ចឹមនៅពេលដែលកូននោះមានអាយុ ១៨ ឆ្នាំ ។

ជំពូកទី ១ — ព័ត៌មានដែលអាចសម្គាល់បានអំពីម្ចាស់បង្កើត

A. ឈ្មោះ/អាសយដ្ឋាន:

ឈ្មោះម្តាយបង្កើត (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)		ឈ្មោះប្តី	ឈ្មោះផ្សេងទៀតដែលមាន
លេខសុវត្ថិភាពសង្គម	លេខប័ណ្ណបើកបរ	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ)	ទីកន្លែងកំណើត (ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស)
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន (ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដ ZIP)			លេខទូរស័ព្ទ (លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្រអចិន្ត្រៃយ៍ (ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ លេខកូដ ZIP)			លេខទូរស័ព្ទអចិន្ត្រៃយ៍ (លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទ
ការហាមឃាត់លើការប្រើប្រាស់អាសយដ្ឋានទទួលសំបុត្រអចិន្ត្រៃយ៍ ប្រសិនបើមាន			

B. ឪពុកម្តាយរបស់ម្ចាស់បង្កើត - (ឪពុកម្តាយដែលចិញ្ចឹមអ្នក)

ឈ្មោះម្តាយរបស់ម្ចាស់បង្កើត (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)			ឈ្មោះឪពុករបស់ម្ចាស់បង្កើត (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)		
អាសយដ្ឋាន	ផ្លូវ	ទីក្រុង	អាសយដ្ឋាន	ផ្លូវ	ទីក្រុង
រដ្ឋ លេខកូដ ZIP			រដ្ឋ លេខកូដ ZIP		
តើម្តាយរបស់អ្នកដឹងពីការសុំកូនចិញ្ចឹមនេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បា <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង			តើឪពុករបស់អ្នកដឹងពីការសុំកូនចិញ្ចឹម? <input type="checkbox"/> បា <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង		
ប្រសិនបើនៅពេលអនាគតយើងចង់ដឹងអ្នកនៅទីណា តើយើងអាចទាក់ទង ម្តាយរបស់អ្នកដើម្បីសុំជំនួយបានដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បា <input type="checkbox"/> ទេ			ប្រសិនបើនៅពេលអនាគតយើងចង់ដឹងអ្នកនៅទីណា តើយើងអាចទាក់ទងឪពុករបស់អ្នកដើម្បីសុំជំនួយបានដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បា <input type="checkbox"/> ទេ		

C. វិភាគរូបសម្បត្តិ :

ឈ្មោះឪពុកបង្កើតក្មេង (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)	លេខទូរស័ព្ទអចិន្ត្រៃយ៍ (លេខកូដតំបន់) លេខទូរស័ព្ទ
អាសយដ្ឋានចុងក្រោយបំផុត ផ្លូវ ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រសិនបើ នៅក្រៅសហរដ្ឋអាមេរិក)	

D. ប្រវត្តិអាពាហ៍ពិពាហ៍ :

1. តើអ្នកឥឡូវមានស្នាមមីប្តីទេ? មាន ទេ ប្រសិនបើមាន តើស្នាមមីរបស់អ្នកឈ្មោះអ្វី? _____ (នាម នាមកណ្តាល ត្រកូល)

តើអាសយដ្ឋានរបស់គាត់នៅទីណា? _____

ចុះបញ្ជីអាពាហ៍ពិពាហ៍នៅក្នុង (ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស) _____

កន្លែងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (ទីក្រុង រដ្ឋ ប្រទេស) _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍ (ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ) _____

* ចំណាំ : វាមានសារៈសំខាន់ណាស់ដែលលោកអ្នកជូនដំណឹងដល់ក្រសួងសេវាកម្មសង្គមនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាលើការផ្លាស់ប្តូរទាំងឡាយណាដែលមានក្នុង អាសយដ្ឋានស្នាមមីប្តីបុត្រអចិន្ត្រៃយ៍ ។

២. តើអ្នកធ្លាប់រៀបការផ្សេងទៀតដែរឬទេ? មាន ទេ ប្រសិនបើមាន សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោម :

ឈ្មោះស្វាមីចម្រុះ	កន្លែងចុះបញ្ជីអាពាហ៍ពិពាហ៍	ថ្ងៃខែឆ្នាំ និង កន្លែងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍	ថ្ងៃខែឆ្នាំ និង កន្លែងលែងលះ	ប្រសិនបើស្វាមីចម្រុះមានស្រីម្នាក់ទៀត កន្លែងរៀបអាពាហ៍ពិពាហ៍	ចំនួនកូនដែលមាន
១.					
២.					
៣.					

E. កូនផ្សេងទៀត :

តើអ្នកមានកូនផ្សេងទៀតក្រៅពីកូនដែលត្រូវបានសុំចិញ្ចឹមឬទេ?..... មាន ទេ
 ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញសំណួរខាងក្រោម

ឈ្មោះកូន	ភេទ ប ៖ ស	ខួប (✓) សាមីឈាមកូនចិញ្ចឹម បង្កើត	ប្រសិនបើចាប់ សាមីឈាមកូនចិញ្ចឹម កាត់	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត របស់កូន	តើនរណាជាអ្នកថែទាំកូននេះ? (បញ្ជាក់ពីទីនាក់ដំបូងរបស់អ្នកថែទាំកូន)
១.					
២.					
៣.					
៤.					

F. ប្តីធានាថាវាមិនមែនជាអ្នក :

តើមាននរណាម្នាក់នៅក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកខាងម្តាយ ឬ ឪពុករបស់អ្នកមានដួងចាស់ជាតិពណ្តាអារម្មណ៍?..... មាន ទេ
 ប្រសិនបើមាន សូមបំពេញនៅក្នុងបែបបទ AD ៤៣១១ "ព័ត៌មានអំពីកូនពណ្តាអារម្មណ៍"
 ប្រសិនបើមាន នៅក្នុងសម្ព័ន្ធណា..... ទីកន្លែងរបស់កុលសម័ន្ធណា..... មាន ទេ
 តើអ្នក ឬ ឪពុកម្តាយរបស់អ្នកបាននៅមានចុះឈ្មោះជាមួយកុលសម័ន្ធណាមួយ ឬ មានដួងចាស់ដែលបានចុះឈ្មោះជាមួយកុលសម័ន្ធដែរឬទេ?
 ប្រសិនបើមាន តើលេខចុះឈ្មោះរបស់អ្នក ឬ ពួកគេប៉ុន្មាន..... មាន ទេ
 តើអ្នក ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក ជីដូនជីតារបស់អ្នក និង ដួងចាស់ផ្សេងទៀតធ្លាប់មាន លិខិតបញ្ជាក់កម្រិតនៃឈាមជនជាតិពណ្តា (CDIB) ឬទេ?
 ប្រសិនបើមាន សូមភ្ជាប់ឯកសារចម្លងនៃ ជម្ងឺព ទៅនឹងកម្រងសំណួរនេះ..... មាន ទេ

G. ការពិគ្រោះលើចំណិតគ្នាស្រ្តី :

តើអ្នកធ្លាប់ទៅពិគ្រោះជាមួយពេទ្យចិត្តរោគ ពេទ្យរីកលធិក បុគ្គលិកនៃមន្ទីរព្យាបាលរោគសង្គម ពេទ្យព្យាបាលរោគអារម្មណ៍ ឬ អក្សបកិរិយា លើបញ្ហាអារម្មណ៍ ឬ ផ្លូវចិត្ត ឬ អក្សបកិរិយាដែលអ្នកធ្លាប់មានឬទេ?..... មាន ទេ
 ប្រសិនបើធ្លាប់ សូមបំពេញចន្លោះខាងក្រោម :

ថ្ងៃខែឆ្នាំ និង មូលហេតុ សម្រាប់ការព្យាបាល :

ឈ្មោះពេទ្យ និង/ឬ ភ្នាក់ងារដែលផ្តល់ការព្យាបាល: _____ ទីកន្លែង _____

បញ្ជាក់ពីថ្នាំដែលប្រើក្នុងពេលការព្យាបាលរបស់អ្នក: _____

មូលហេតុនៃការឈប់បន្តការព្យាបាល : _____

H. សំណួរការសុំកូនចិញ្ចឹម : (សម្រាប់ការសុំកូនចិញ្ចឹមឯករាជ្យប៉ុណ្ណោះ)

- តើអ្នកត្រូវបានតំណាងដោយស្នាក់នៅផ្ទះរបស់អ្នកក្នុងពេលនៃការសុំកូនចិញ្ចឹមនេះឬទេ? មាន ទេ
- តើស្នាក់នៅរបស់អ្នកគឺជាស្នាក់នៅរបស់ឪពុកម្តាយដែលសុំកូនចិញ្ចឹមដែរឬទេ?..... មាន ទេ មិនដឹង
- តើការចំណាយលើការមានផ្ទៃពោះ ការថែទាំមុនពេលឆ្លងទន្លេ និង ឆ្លងទន្លេប៉ុន្មាន?..... មាន ទេ
- តើឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមបានបង់ថ្លៃចំណាយនៃការរស់នៅរបស់អ្នកខ្លះឬទេ? មាន ទេ
 ប៉ុន្មាន? _____
- ច្បាប់សុំកូនចិញ្ចឹមនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាចែងថាឪពុកម្តាយដែលផ្តល់កូនឱ្យគេចិញ្ចឹមត្រូវតែមានចំណេះដឹងផ្ទាល់ខ្លួនលើព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីឪពុកម្តាយដែលនឹង ចិញ្ចឹមកូន : ឈ្មោះពេញស្របច្បាប់ របស់បង្កើត, អាយុ, សាសនា, ពូជសាសន៍ ឬ ជាតិពន្ធុ, រយៈពេលនៃអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្ន និង ចំនួននៃអាពាហ៍ពិពាហ៍ ពីមុន, ការងារ, ថាតើមានក្មេង ឬ មនុស្សពេញវ័យផ្សេងទៀតដែលរស់ នៅផ្ទះរបស់ពួកគេ, ថាតើមានកូនដែលមិននៅជាមួយពួកគេ និង កាតព្វកិច្ចផ្គត់ផ្គង់ កូនសម្រាប់កូនទាំងនេះ និង បើមិនអាចបំពេញកាតព្វកិច្ចទាំងនេះបាន, មានស្ថានភាពសុខភាពដែលអាច ធ្វើឱ្យអាយុជីវិតរបស់ពួកគេខ្លី ឬ កម្រិតឱ្យខ្លីនូវសកម្ម ភាពប្រមាថចែងម្តាយរបស់ពួកគេ, មានការកាត់ទោសលើឧក្រិដ្ឋកម្មដូចជាការបំពានលើការជួញដូរក្មេង, យកក្មេងចេញពីការថែទាំរបស់ពួក គេដោយសារតែការ រំលោភបំពាន ឬ ការធ្វេសប្រហែស និង តំបន់ទូទៅនៃការតាំងទីលំនៅ ឬ ប្រសិនបើមានស្នើសុំ រួមទាំងអាស័យដ្ឋានរបស់ពួកគេ.
- តើអ្នកមានយ៉ាងហោចណាស់ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមនេះឬទេ?..... មាន ទេ
- តើមានព័ត៌មានបន្ថែមទៀតអ្វីខ្លះដែលអ្នកចង់បាន ឬ ត្រូវការពីឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម?..... មាន ទេ
- តើអ្នកធ្លាប់ជួបឪពុកម្តាយចិញ្ចឹមដែរឬទេ? មាន ទេ
- ប្រសិនបើធ្លាប់ តើអ្នកស្គាល់គាត់ប៉ុណ្ណា? _____ មាន ទេ

ហត្ថលេខាម្តាយបង្កើត _____ កាលបរិច្ឆេទបំពេញបែបបទ _____

ព័ត៌មានខាងលើនេះត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយ (គូសក្នុងប្រអប់)
 ម្តាយបង្កើត ឪពុកបង្កើត ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____

ឈ្មោះក្មេង :	លេខក្តី :
ឈ្មោះអ្នកកាន់ក្តី :	ឈ្មោះទីភ្នាក់ងារ :

ជំពូកទី ២ - ព័ត៌មានដែលមិនអាចសម្ងាត់បានអំពីម្ចាស់បង្កើត
 ព័ត៌មាននេះនឹងផ្តល់ជូនទៅឱ្យពួកម្ចាស់ចិញ្ចឹម និង អាចផ្តល់ចំពោះកូនរបស់អ្នកផងដែរ។ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ឱ្យបានសព្វគ្រប់តាមដែលអាចបំពេញបាន.

ផ្នែកទី ១ - អត្តសញ្ញាណនៃម្ចាស់បង្កើតនៅពេលបង្កើតកូនចិញ្ចឹម

A. ព័ត៌មានទូទៅ និង ការពិពណ៌នាអំពីរាងកាយ :

កំពស់	មមន់ធម្មតា	ពណ៌ភ្នែក	ពណ៌ស្បែក	ពណ៌សក់ធម្មជាតិ	សក្តានុពលសក់ធម្មជាតិ (តុល្យភាពសក់ដែលត្រូវ)
					<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ធម្យម <input type="checkbox"/> ត្រាត <input type="checkbox"/> ត្រង់ <input type="checkbox"/> រលក <input type="checkbox"/> រួញ <input type="checkbox"/> ម៉ែពែក
ថែខ្នែកកំណើត (តែឆ្នាំ)	ទីកន្លែងកំណើត (តែរដ្ឋ)	ប្រភេទឈាម	ភាគ RH	ប្រភេទឈាម	តើអ្នកប្រើដៃស្តាំ? <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> អ៊ីមតូច <input type="checkbox"/> អ៊ីមធម្មតា <input type="checkbox"/> អ៊ីមធំ	ប្រើដៃឆ្វេង? <input type="checkbox"/>

ជាតិសាសន៍/ក្រុមជាតិពន្ធុ

ស្បែកស អេស្បាញ ហ្វីលីពីន ស្បែកខ្មៅ អាស៊ី ឬ អ្នករស់នៅលើដីកោះប៉ាស៊ីហ្វិក
 ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____
 ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះកុលសម្ព័ន្ធ និង កម្រិតនៃឈាមជនជាតិឥណ្ឌា (ប្រសិនបើដឹង) _____

ដើមកំណើតសញ្ជាតិជាក់លាក់ (ឧទាហរណ៍: ជនជាតិអូស្ត្រាលី, បារាំង, អាស៊ី, ទឹកកក, ម៉ិចស៊ិកូ, មីហ្ស៊ុយម៉ា)

B. ការសិក្សា :

ថ្នាក់បញ្ចប់ចុងក្រោយ	បច្ចុប្បន្ននៅ សាលារៀន? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ	ថ្នាក់ធម្មតានៅក្នុងសាលា
សកម្មភាពសិក្សាបន្ថែមទៀត		

មុខវិជ្ជាដែលចូលចិត្ត

C. អាជីព :

អាជីពបច្ចុប្បន្ន	រយៈពេលប៉ុន្មាន?	អាជីពធម្មតា?
------------------	-----------------	--------------

តើអ្វីទៅជាគោលដៅអាជីពរបស់អ្នក (ឧទាហរណ៍ ជាគ្រូបង្រៀន ជាអ្នកស្រាវជ្រាវ ជាដើម)

D. អត្តសញ្ញាណកម្ម :

ពិពណ៌នាអត្តសញ្ញាណកម្មរបស់អ្នកក្នុងនាម អប្សករិយា ទេវិក អាវចូណ៍របស់អ្នក. សកម្មភាពដែលអ្នកចូលរួម, ប្រភេទនៃ មនុស្សដែលអ្នកចូលចិត្តនៅជាមួយ ។ល។

ពិពណ៌នាអំពីទេពកោសល្យ ចំណង់ចំណូលចិត្ត និង គោលដៅជីវិត

ពិពណ៌នាអំពីអ្នកគោរពនៅក្មេង ។

F. ប្រវត្តិមានប្តូររបស់ម្ចាស់បង្កើត និង ប្រវត្តិមានថ្លៃពោះកូនសោះ

១. ប្រវត្តិមានប្តូរ	តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មាននៅពេលអ្នកចាប់ផ្តើមមានរដូវ?	តើកំឡុងពេលដំបូងរបស់អ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មាន?	តើអ្នកមានរដូវទៀងទាត់ឬទេ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ	ចំនួនថ្ងៃ
	តើអ្នកមានបញ្ហាជាមួយកំឡុងពេលមានរដូវឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើមាន សូមពន្យល់			តើអ្នកជា "ក្មេងចិញ្ចឹមក្នុងកែវ" <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង

២. ការមានថ្លៃពោះនេះ	ឈ្មោះ និង អាស័យដ្ឋាននៃពេទ្យឆ្លងផ្លូវដែលបានផ្តល់ជូនអ្នកនូវការថែទាំមុនឆ្លងផ្លូវ			
	ឈ្មោះពេទ្យឆ្លង	អាស័យដ្ឋាន	ផ្លូវ	ទីក្រុង
តើការថែទាំមុនពេលឆ្លងផ្លូវបានផ្តល់ឱ្យអ្នកឬទេ?	តើអ្នកមានអាយុប៉ុន្មានពេល អ្នកមានថ្លៃពោះ?	ចំនួនសប្តាហ៍នៃការមានថ្លៃពោះនេះ?	ប្រភេទនៃកំណើត <input type="checkbox"/> មួយ <input type="checkbox"/> ច្រើន <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើច្រើន ប៉ុន្មាន?	
ភាពសំបាត់ពេលមានថ្លៃពោះ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើមាន			តើអ្នកធ្លាប់បង្កើតកូនផ្សេងទៀតឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើធ្លាប់ ប៉ុន្មាន?	

៣. ស្ថានភាពក្នុងពេលមានថ្លៃពោះនោះ	រោគកញ្ជ្រើស <input type="checkbox"/> ទាប <input type="checkbox"/> ទេ	ជំងឺឆ្លងតាមផ្លូវភេទ <input type="checkbox"/> លើស្បែក <input type="checkbox"/> ប្រទេស <input type="checkbox"/> កាមរោគ	មេរោគ (ឧទា ផ្តាស់សាយ) <input type="checkbox"/> ទាប <input type="checkbox"/> ទេ
	ឆ្លងមេរោគ <input type="checkbox"/> ទាប <input type="checkbox"/> ទេ	<input type="checkbox"/> ភ្លាមឡើយ <input type="checkbox"/> មួលលើអង្គបាតិ	គ្រោះថ្នាក់..... <input type="checkbox"/> ទាប <input type="checkbox"/> ទេ
ប្រសិនបើមានមួយណាខាងលើ បញ្ជាក់ប្រភេទនៃស្ថានភាព កាលបរិច្ឆេទ និង ប្រភេទនៃការព្យាបាល			

៤. ថ្នាំដែលបានលេច ក្នុងអំឡុងពេល និង ក្នុងរយៈពេល១ឆ្នាំមុនពេល មានថ្លៃពោះនេះ

a. ថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា ឱ្យបាក់ឈ្មោះគ	លេចក្នុងពេលមានថ្លៃពោះនេះ		លេចមួយឆ្នាំមុនពេលមានថ្លៃពោះ		ពេលវេលា?	ញឹកញាប់ប៉ុន្មាន?	ចរិមាណ?
	ទាប	ទាប <input checked="" type="checkbox"/> ក្នុងចន្លោះដែលត្រូវ	ទាប	ទាប			
១.							
២.							
៣.							
៤.							
b. ថ្នាំមិនតាមវេជ្ជបញ្ជា រួមទាំង អាស៊ីត ថ្នាំបន្តក្នុងច្រមុះ ។ល។							
១.							
២.							
៣.							
៤.							
c. ថាវីស្រវឹង និង សារថាវីផ្សេងទៀត :							
១. ជាតិស្រវឹង (ស្រា ស្រាហ្វើរ ។ល។).....							
២. អំពីតាមីន (ខ្ពស់).....							
៣. បាប៊ីធូរវេត (ថ្នាំដុះដុយ).....							
៤. ថ្នាំជក់							
៥. កូកាអ៊ីន							
៦. ក្រោក.....							
៧. ហេរូអ៊ីន.....							
៨. LSD							
៩. PCP							
១០. កញ្ឆា							
១១. ផ្សែងទៀត (បញ្ជាក់).....							

តើអ្នកធ្លាប់ជាអ្នកប្រើប្រាស់ថ្នាំ IV ឬទេ? ធ្លាប់ ទេ

G. ប្រវត្តិសុខភាពផ្លូវចិត្ត :

ពិណិទានអំពីសុខភាពទូទៅរបស់អ្នក

តើអ្នកធ្លាប់មានជំងឺនៅក្នុងអំឡុងពេល
កម្រិត

- | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ស្រមូច (៣ខែ) | <input type="checkbox"/> ក្រឡាទែន | <input type="checkbox"/> ជំងឺគ្រុនចាញ់ | <input type="checkbox"/> រោគរាគមន៍តាមត្រចៀក | <input type="checkbox"/> រោគគ្រុនសន្ទាក់ឆ្អឹងនៅត្រចៀក | <input type="checkbox"/> រោគគ្រុនសន្ទាក់ឆ្អឹង |
| <input type="checkbox"/> អុតស្វាយ ២ សប្តាហ៍ | <input type="checkbox"/> អុតធំ | <input type="checkbox"/> រោគបកស្បែក | <input type="checkbox"/> រោគរលាកខួរក្បាល | <input type="checkbox"/> សម្លេងមិនមេតាចេញពីបេះដូង | <input type="checkbox"/> រោគឆ្លងកម្រិត/រោគនោម |
| | | <input type="checkbox"/> ហ្វឹត | <input type="checkbox"/> រលាកស្រោមខួរ | <input type="checkbox"/> ក្តៅខ្លួនឡើងក្រហម | <input type="checkbox"/> ផ្សែងទៀត (បញ្ជាក់) |

មានការរំកិលខាងដៃឬទេ?

មាន ទេ ប្រសិនបើមាន តើមានស្ថានភាពអ្វីខ្លះ/ ហើយនៅពេលណា?

តើអ្នកជា

- កូនភ្នោះពីរនាក់ កូនភ្នោះបីនាក់ កូនភ្នោះច្រើនផ្សេងទៀត

តើអ្នកជាកូនភ្នោះ

- ដូនត្រូវបេះបិទ ឬ បែកពីគ្នា

H. ប្រវត្តិគ្រួសារ :

តើអ្នក ឬ សមាជិកគ្រួសារណាមួយរបស់អ្នកណាមួយត្រូវបានគេយកមកចិញ្ចឹម?

ទា ទេ ប្រសិនបើ ទា សូមប្រាប់ថាមានណាមួយ

	ពួកបង្កើតរបស់អ្នក		ម្តាយបង្កើតរបស់អ្នក	
	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
អាយុបច្ចុប្បន្ន				
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់.....				
មូលហេតុនៃការស្លាប់.....				
កម្ពស់ & ទមន់				
ពណ៌សក់ និង លក្ខណៈ.....				
ពណ៌ភ្នែក				
ពណ៌ស្បែក				
ប្រើដៃឆ្វេង ឬ ស្តាំ				
លក្ខណៈលេចធ្លោ.....				
ការសិក្សាដែលបានបញ្ចប់				
អាជីព.....				
ពូជសាសន៍ / ក្រុមជាតិពន្ធុ.....	<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អេស្បាញ <input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> អាស៊ី ឬ អ្នករស់នៅលើដីកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា		<input type="checkbox"/> ស្បែកស <input type="checkbox"/> អេស្បាញ <input type="checkbox"/> ស្បែកខ្មៅ <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន <input type="checkbox"/> អាស៊ី ឬ អ្នករស់នៅលើដីកោះប៉ាស៊ីហ្វិក <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាអាមេរិកាំង ឬ ជនជាតិអាឡាស្កា	
សញ្ជាតិ				
សាសនា				
តើឪពុកម្តាយនេះដឹងពីការមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទា <input type="checkbox"/> ទេ		<input type="checkbox"/> ទា <input type="checkbox"/> ទេ	
តើគាត់មានបងប្អូនស្រីឬប្អូននាក់?				
ប្រសិនបើមីង ឬ ពួរបស់អ្នកបានស្លាប់ សូមផ្តល់អាយុពេលស្លាប់ និង មូលហេតុនៃការស្លាប់.....				

	ឪពុកម្តាយរបស់ឪពុកអ្នក				ឪពុកម្តាយរបស់ម្តាយអ្នក			
	ឪពុក		ម្តាយ		ឪពុក		ម្តាយ	
អាយុ								
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់ មូលហេតុនៃការស្លាប់								
ពណ៌នាអំពីរូបរាងខាងក្រៅ								
កម្ពស់ & ទមន់.....	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
លក្ខណៈលេចធ្លោ								
ការសិក្សាដែលបានបញ្ចប់.....								
អាជីពបច្ចុប្បន្ន ឬ ពីមុន								
តើគាត់ដឹងពីការមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទា	<input type="checkbox"/> ទេ						

H. ប្រវត្តិគ្រួសារ : (ត)

បងប្អូនប្រុស និង ស្រីរបស់អ្នក
(ប្រសិនបើអ្នកមានបងប្អូនលើសពីនាក់ សូមប្រើក្រដាសបន្ថែម)

	១		២		៣		៤	
ភេទ (ប្រុស ឬ ស្រី)								
អាយុ								
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់ មូលហេតុនៃការស្លាប់								
បងប្អូនបង្កើត ឬ ពាក់កណ្តាល?	<input type="checkbox"/> បង្កើត <input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល							
កម្ពស់ & ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
ពណ៌សក់ និង លក្ខណៈ:								
ពណ៌ភ្នែក								
ពណ៌ស្បែក								
ចំណង់ចំណូលចិត្ត និង ទេពកោសល្យ								
ថ្នាក់ចុងក្រោយដែលបានបញ្ចប់								
រៀននៅសាលាពេលបច្ចុប្បន្ន?	<input type="checkbox"/> ទា	<input type="checkbox"/> ទេ						
អាជីព								
ដឹងអំពីការមានផ្ទៃពោះ?	<input type="checkbox"/> ទា	<input type="checkbox"/> ទេ						
ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍								
ចំនួននៃកូនដែលពួកគេមាន								
សុខភាពនៃកូនរបស់ពួកគេ								

កូនរបស់អ្នកផ្សេងទៀត
(ប្រសិនបើមានកូនលើសពីនាក់ សូមប្រើក្រដាសបន្ថែម)

	កូន #១		កូន #២		កូន #៣		កូន #៤	
បញ្ជាក់ប្រសិនបើជាកូនប្រុស ឬ ស្រី								
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ឬ អាយុ								
តើកូននេះជាបងប្អូនបង្កើតឬពាក់កណ្តាលនឹងកូនដែលស្ថិតិបើម?	<input type="checkbox"/> បង្កើត <input type="checkbox"/> ពាក់កណ្តាល							
ប្រសិនបើស្លាប់ អាយុពេលស្លាប់								
មូលហេតុនៃការស្លាប់								
កម្ពស់ & ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់	កម្ពស់	ទមន់
ពណ៌សក់ និង លក្ខណៈ:								
ពណ៌ភ្នែក								
ពណ៌ស្បែក								
ប្រើដៃឆ្វេង ឬ ស្តាំ								
ថ្នាក់នៅសាលារៀន								
តើកូននេះរស់នៅជាមួយអ្នកឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទា	<input type="checkbox"/> ទេ						
ចំណង់ចំណូលចិត្ត និង ទេពកោសល្យ								
សុខភាពទូទៅ								
ការរ៉ះកាត់សំខាន់ៗ								
បញ្ហាសុខភាព								
តើកូននេះដឹងពីការមានផ្ទៃពោះ?	<input type="checkbox"/> ទា	<input type="checkbox"/> ទេ						

I. ប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក និង បងប្អូនផ្សេងទៀត

បញ្ជាក់ដោយគូសនៅក្នុងប្រអប់ដែលសមស្របប្រសិនបើអ្នក ឬ បងប្អូនណាមួយ ឧទាហរណ៍ (ពួកម្តាយ បងប្អូនស្រី បងប្អូនប្រុស មីង ពូ ជីដូនជីតា ឬ ក្មេងផ្សេងទៀត ដែលកើតមកជាប់ទាក់ទងនឹងអ្នក ។ល។) ធ្លាប់មាន ឬ ឥឡូវមានស្ថានភាពសុខភាពដែលរាយខាងក្រោម ។ បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនោះនឹងអ្នក ។ សូមបំពេញ នៅក្នុងកន្លែងផ្តល់យោបល់ ។ ប្រសិនបើស្ថានភាពសុខភាពអាចនាំឱ្យបាត់បង់ជីវិតនៃសមាជិកគ្រួសារណាមួយ បញ្ជាក់ និង អាយុប្រហែលរបស់អ្នកនោះនៅពេលស្លាប់ នៅក្នុងកន្លែងផ្តល់យោបល់

ស្ថានភាពសុខភាព	ទេ	មិនប៉ិន	មានផ្ទៃដុំខ្លួន	ទា - បងប្អូន (បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង)	ផ្តល់យោបល់
A. ភាពអន់ថយពីកំណើត					
១. ជើងកែក ឬ បញ្ហារៀបចំឆ្អឹងខ្នង (ឧទា មានជើងសំបែត ។ល។)					
២. វែបបបូរមាត់ (បែកបបូរមាត់) ឬ វែបក្រអូបមាត់					
៣. ជំងឺបន្តពូជពិបាករៀន					
៤. ក្រមួសមធ្យោបាយដែលមិនធម្មតា					
៥. ហ៊ីដ្រូសេផលឡីស					
៦. ខ្វះសារជាតិចិញ្ចឹមសាច់ដុំ					ផ្នែកនៃរាងកាយដែលទាក់ទង? អាយុនៅពេលផ្តើម?
៧. ភាពឆ្លើ					
៨. ជំងឺខួរឆ្អឹងខ្នង					
៩. ជំងឺបេះដូងពីកំណើត					
១០. ខ្វះជាលិកាឈាមក្រហម					
១១. ជំងឺ ទាយ-រ្យាចហស					
B. រោគរលាក					រោគរលាកអ្វី? អ្វីជាការព្យាបាល ឬ ការប្រើប្រាស់ថ្នាំ?
១. ត្រអក ឬ ស្ថានភាពស្បែកផ្សេងទៀត					
២. រោគផ្តាសសាយវ៉ារី ឬ រោគរលាកផ្សេងទៀត					
៣. រោគរលាកពេលប្រើថ្នាំ?					ថ្នាំអ្វី?
៤. រោគរលាកដោយសារចំណីអាហារ					ចំណីអាហារអ្វី?
C. ភ្នែក ធ្មេញ ត្រចៀក និង ជំងឺនៃការលូតលាស់ផ្សេងទៀត					
១. ពិការភ្នែក ជំងឺភ្នែក ជំងឺខ្វាក់ពណ៌ និង បញ្ហាភ្នែកដទៃទៀត					
២. កញ្ចក់រ៉ែនតា ឬ ខនចិចឡេនដែលត្រូវ					នៅអាយុប៉ុន្មានដែលមានវេជ្ជបញ្ជាឱ្យប្រើប្រាស់កញ្ចក់ជាចាំបាច់?
មើលជិត <input type="checkbox"/>					
មើលឆាយ <input type="checkbox"/>					
ចក្រវិកល (គ្រាន់សមត្ថភាពផ្តោត) <input type="checkbox"/>					
ស្រឡៅ (ភ្នែកស្រឡៅ) <input type="checkbox"/>					
ផ្សេងទៀត (ពន្យល់) <input type="checkbox"/>					
៣. ជំនួលធ្មេញ ឬ ការងារកែតម្រូវធ្មេញផ្សេងទៀត					ប្រសិនបើដូច្នោះ តើការងារកែតម្រូវធ្មេញអ្វី និង ចំណាយពេលប៉ុណ្ណា?

I. ប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក និង បងប្អូនផ្សេងទៀត (ត)

ស្ថានភាពសុខភាព	ទេ	មិនប៉ិន	មាន ផ្ទាល់ខ្លួន	ចាំ - បងប្អូន (បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង)	ផ្តល់យោបល់
៤. ជំងឺផ្លូវចិត្ត ឬ បញ្ហាត្រចៀកផ្សេងទៀត					ការអប់រំពិសេស? ប្រសិនបើ ឪពុកម្តាយ ឬ បញ្ជាក់អាយុនៅពេលផ្តើម ។
៥. បញ្ហាលើការនិយាយ					
៦. អសមត្ថភាពក្នុងការរៀន					មានរោគវិនិច្ឆ័យណាមួយ? ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?
៧. វិកលចរិត : ផ្លូវចិត្ត ឬ រាងកាយ					
D. ជំងឺប្រព័ន្ធណាម					
១. ជំងឺឈាមក្រកក					
២. ខ្វះជាលិកាឈាមក្រហម ឬ លក្ខណៈឈាម					
៣. ជំងឺលើសឈាម (សម្ពាធិឈាមខ្ពស់)					អាយុនៅពេលផ្តើម? អ្វីជាការព្យាបាល? ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?
៤. ជំងឺដាច់ស្រែឈាមក្នុងខួរក្បាល					
៥. ជំងឺគាំងបេះដូង (ជំងឺបេះដូង)					
៦. ជំងឺសន្លាក់ដៃជើង					ប្រភេទអ្វី? អាយុនៅពេលផ្តើម? ផ្នែកណាដែលរាងកាយ?
៧. ជំងឺគ្រួលាស					អាយុនៅពេលផ្តើម? អ្វីជាការព្យាបាល?
E. ជំងឺអ្នកម្នូន					អាយុនៅពេលផ្តើម? អ្វីជាការព្យាបាល?
១. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម					
២. ជំងឺក្រពេញទឹកអ៊ីដ					
៣. ជំងឺធាត់ពេក (លើសទមន់)					
F. ជំងឺផ្លូវដង្ហើម					មូលហេតុ (ដែលដឹង) ណាមួយ? អ្វីជាការព្យាបាល?
១. ជំងឺហឺត					
២. ជំងឺស្ងួត					អាយុនៅពេលផ្តើម?
៣. ជំងឺរលាក					អាយុនៅពេលផ្តើម? ប្រភេទអ្វី? ផ្នែកណាដែលរាងកាយ?
G. ជំងឺផ្លូវចិត្ត និង អាកប្បកិរិយា					អាយុនៅពេលផ្តើម? អ្វីជាការព្យាបាល? ការស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ?
១. ជំងឺផ្លូវចិត្តផ្តាច់					
២. ជំងឺក្រៀមក្រាមដូចអ្នក					
៣. ជំងឺផ្លូវចិត្តផ្សេងទៀត ។ ពិពណ៌នា ដោយប្រើប្រាស់ទំព័របន្ថែម ប្រសិនបើចាំបាច់					
៤. ជំងឺស្រវឹង ឬ ការផឹកជាតិសុរាច្រើន					
៥. ជំងឺប្រើប្រាស់ថ្នាំ					ប្រភេទ បរិមាណ និង ពេលវេលាដែលលេប?

I. ប្រវត្តិសុខភាពរបស់អ្នក ឪពុកម្តាយរបស់អ្នក និង បងប្អូនផ្សេងទៀត (ត)

ស្ថានភាពសុខភាព	ទេ	មិនដឹង	មាន ផ្ទាល់ខ្លួន	ចា់ - បងប្អូន (បញ្ជាក់ពីទំនាក់ទំនង)	ផ្តល់យោបល់
H. ជំងឺលសិកា ១. ជំងឺមហារីក ២. ពកសាច់ ៣. ជំងឺឡើងស្នួស ៤. ជំងឺ រៀងរាងកិណស					ប្រភេទអ្វី? អាយុនៅពេលផ្តើម? ផ្នែកណានៃរាងកាយ?
I. ជំងឺប្រព័ន្ធប្រសាទ ១. ជាលិការច្រើនស្រទាប់ ២. ជំងឺ ុនតិនងត្បុន ៣. ជំងឺបាត់បង់ស្មារតី					ផ្នែកណានៃរាងកាយដែលទាក់ទង? អាយុនៅពេលផ្តើម?
៤. ជំងឺកន្ត្រាក់ ឬ ប្រកាច់ ឬ ៥. ជំងឺស្លន់					អាយុនៅពេលផ្តើម? អ្វីជាការព្យាបាល? ភាពញឹកញាប់?
J. ការឆ្លង ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ១. ជំងឺគ្រុធាវិយបន្តបន្ទាប់ដោយដឹងពីរោគចំលង ២. ការឆ្លងធន់បន្តបន្ទាប់ ដែលត្រូវការ ការសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ					រោគវិនិច្ឆ័យ?
៣. ការសម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ ការវះកាត់ ឬ រងរបួស					លើអ្វី? នៅពេលណា?
K. បញ្ហារដ្ឋសាស្ត្រ ឬ សុខភាពផ្សេងទៀត					